CHRISTLICHES KLINIKUM UNNA

Zentrum für Neurologie, Geriatrie und Neurologische Frührehabilitation

- Manual Geriatrie -

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Christliches Klinikum Unna
Holbeinstraße 10
59423 Unna

Erstellt und freigegeben unter Federführung und Verantwortung von:
Dr. med. Heidi Silberg

Standard

Manual Geriatrie

Geriatrie CKU West

CHRISTLICHES KLINIKUM UNNA

Inhalt

1. Einleitung 2
1.1 Geschichte der Abteilung 2
1.2 Pilosophie der Geriatrie 2
1.3 Zweck und Gültigkeit dieses Manuals 5
2. Die Klinik und ihr Konzept 6
2.1 Struktur und Elemente 6
2.2 Der geriatrische Patient 7
2.3 Auf-/Übernahme & Krankheitsbilder 8
2.4 Visite 10
2.5 Die geriatrische Komplextherapie 10
2.6 Besondere Aspekte mit übergeordneter Regelung 11
2.7 Personen & Funktionen 11
2.8 Assessments 14
2.9 Diagnostische Ausstattung & besondere Möglichkeiten 15
3.1 Wochenplan der Abteilung Geriatrie 17
3.2 Ärztlicher Tagesplan/wöchentliche Stationsorganisation 17
3.3 Leitlinien und klinische Pfade 18
3.4 Angehörigensprechstunde 18
3.4.1 Ärztlicher Dienst 18
3.4.2 Pflege 18
3.5 Fort- und Weiterbildung 18
3.6 Urlaubsplanung 18
3.7 Qualitätsmanagement & Ergebnisqualität 19

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

1. Einleitung

1.1 Geschichte der Abteilung

Das Christliche Klinikum Unna West (CKU West), ehemals evangelisches Krankenhaus Unna ist ein starkes Stück Unnaer Tradition. Seit über 160 Jahren leisten wir für die Bevölkerung in und um die Kreisstadt eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Betreuung. Wir sind daher ein Teil Unnas und sind als einer der größten Arbeitgeber in der Region fest verwurzelt.

Überblick über die Entstehung/Ursprung der Geriatrie am CKU West

Die geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung wurde im November 2013 von Hr. Prof. Z. Katsarava, Chefarzt der Neurologischen Klinik, als Behandlungsstandard für geriatrische Patienten eingeführt und unter seiner Leitung, integriert in die Fachabteilung für Neurologie, bis Ende Mai 2018 fortgeführt.

Ab Juni 2018 wurde die ärztliche Leitung durch Fr. Dr. H. Silberg, weiterhin integriert in die Fachabteilung für Neurologie, übernommen.

Seit dem 01.09.2019 liegt der Feststellungsbescheid vor, die Geriatrie wurde als eigenständige Fachabteilung Geriatrie im Landesbettenplan mit 35 Betten ausgewiesen. Mit dem Feststellungsbescheid wurde die Position der Ärztlichen Leitung in die offizielle Chefarztposition überführt. Es besteht die volle Weiterbildung für Geriatrie.

Im Jahr 2018 betrug die Bettenzahl in der Geriatrie 21 Betten und 2019 25 Betten
Ab 2020 waren 35 Betten vorgesehen, ab März 2020 musste die Anzahl der Betten aber auf Grund der Corona-Pandemie flexibel bis dato angepasst werden.
Ab Januar 2024 verfügt die FA Geriatrie über 32 Betten.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

1.2 Pilosophie der Geriatrie

Darüber hinaus engagieren wir uns in verschiedenen Projekten und Initiativen für Menschen, die in Not geraten sind. Hier nehmen wir Verantwortung wahr und leisten damit unseren Beitrag auf dem Weg zu einer solidarischen Gesellschaft. Das übergeordnete Leitbild des Hospitalverbundes Hellwig bildet für unsere Organisation und unser tägliche handeln und arbeiten den Rahmen.

Im Nachgang an unserer Erstzertifizierung haben wir eine auf unsere Fachabteilung abgestimmte „Philosophie“ entworfen, in deren Mittelpunkt „Kompetenz, Menschlichkeit, Verantwortung und Zusammenarbeit“ stehen. Hiermit wollen wir unsere Qualität kontinuierlich verbessern und anhaltend sichern.

Kompetenz

Wir behandeln und betreuen unsere Patienten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik und gehen dabei auf die individuellen Wünsche, Lebensumstände und Erwartungen aller beteiligten Menschen ein. Ständige Fort- und Weiterbildung schafft einen

kontinuierlichen Wissenszuwachs, von dem unsere Patienten direkt profitieren. Wir geben unser professionelles Wissen und Kompetenz im Kollegenkreis, bei internen und externen Fortbildungen, bei der Ausbildung von Schülern sowie an unsere Patienten, Angehörige und Interessierte im Rahmen von Informationsveranstaltungen weiter.

Menschlichkeit

Der Mensch mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen steht im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir achten und respektieren die Würde jedes einzelnen Patienten und begleiten ihn individuell während der Zeit in unserer Klinik. Das Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen hat einen hohen Stellenwert für den Erfolg unserer Therapien durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten.

Qualität

Ziel unserer Arbeit ist eine hochwertige qualitative Versorgung aller Patienten in unterschiedlichen Lebensabschnitten. Qualität definieren wir, als ein Prozess ständiger Verbesserung. Das umfassende Qualitätsmanagement, mit Zertifizierungen und externen Prüfungen in unserer Klinik schafft Transparenz in die Arbeit und Vertrauen in unser Handeln.

Verantwortung

Wir übernehmen die Verantwortung für die uns anvertrauten Patienten und versuchen ihnen in schwierigen Situationen weiterzuhelfen und gut zu behandeln. Wir übernehmen zudem Verantwortung bei der Schonung von Ressourcen, hinsichtlich wirtschaftlichen Arbeitens und bei der sozialen Fürsorge.

Zusammenarbeit

Die gute berufsübergreifende Zusammenarbeit in unserer Klinik und mit allen anderen Abteilungen des Klinikums, im Hospital-Verbund sowie mit allen anderen dem Wohl der Patienten dienenden Partner ist für uns von großer Wichtigkeit.
Die Basis der guten Zusammenarbeit liegt in dem therapeutischem Team, bestehend aus den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen der Klinik.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung
Papierversion ungültig!

1.3 Zweck und Gültigkeit dieses Manuals

Das hier vorliegende Manual soll den Mitarbeitern der Abteilung, aber auch anderen interessierten Personen und Parteien zur Orientierung und zur Nachvollziehbarkeit von Abläufen dienen. Es beschreibt die Intentionen und Arbeitsweisen der geriatrischen Klinik und ihre konkreten Umsetzungen.

Dabei ergibt sich schon aus dem geriatrischen Patientengut, dass eine allzu enge Regulierung und Festlegung der Abläufe nicht immer sinnvoll ist, häufig nicht einmal möglich ist. Besondere Aspekte dieses Gedankens werden beispielsweise unter den Stichworten „Geriatrischer Patient“ und „Umgang mit wissenschaftlichen Leitlinien“ zu diskutieren sein.

Nichtsdestotrotz hat das Manual eine hohe Verbindlichkeit für alle Mitarbeiter, da es für die Mehrheit aller Patienten und Situationen gültig ist und angewendet werden soll; allerdings

wird man der Erfahrung nach in besonderen Fällen und Diagnosen vom üblichen Vorgehen abweichen müssen, um dem einzelnen Patienten und seinen Problemen besser gerecht zu werden. Diese Abweichungen sind nachvollziehbar zu begründen und zu dokumentieren.

Die Mitarbeiter, insbesondere aus dem ärztlichen Bereich, sollten dabei aber von dem Gedanken ausgehen, dass eher wenige der Entscheidungen gegen den Standard-Ablauf selbsterklärend sind und besser etwas häufiger als zu selten dokumentiert werden soll.

Trotzdem stellt dieser Text keine verpflichtende Vorgabe im juristischen Sinne dar und ist prinzipiell nicht dazu geeignet, Ansprüche oder Unterlassungen juristisch zu begründen oder andere Ansprüche irgendeiner Art daraus abzuleiten.

Die aktuelle Form dieses Manuals wird jeweils mit seiner Freigabe gültig; gleichzeitig wird die Vorgänger-Version automatisch ungültig. Wer eine ausgedruckte Form des Manuals benutzt, sollte sich daher vergewissern, dass es keine aktuellere Version im Intranet gibt. Die dortige Version ist als einzige verbindlich und wird regelmäßig einmal jährlich geprüft Jahre und nach Bedarf aktualisiert werden.

Dieses Manual wird ins Dokumentenmanagementsystem (DMS) eingestellt. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen ihrer Einführung in den Ort bzw. den Abruf des Manuals eingewiesen.

Dieses Manual unterliegt allen üblichen Bestimmungen des Copyrights und dem sich daraus ergebenden Kopier- und Verbreitungsschutz.

Um die Lesbarkeit und Verständlichkeit dieses Textes zu verbessern wurden in diesem Manual daher überwiegend die klassischen grammatikalischen Grundformen benutzt. Trotzdem sind selbstverständlich immer alle grammatikalischen und biologischen Geschlechter eingeschlossen und sollen in keiner Weise diskriminiert werden.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

2. Die Klinik und ihr Konzept

2.1 Struktur und Elemente

Die Abteilung Geriatrie des CKU West findet sich auf Station 4 mit 32 Betten. Für diesen Bereich gilt das vorliegende Manual.

Für andere Aufgaben und Bereiche an denen die Abteilung Geriatrie beteiligt ist oder die von der Chefärztin der Abteilung geführt werden, gibt es ggf. eigene Handbücher und Regularien. Dieses Manual der geriatrischen Klinik mag dort Anregungen geben und Hilfen bieten, ist dafür aber nicht erstellt und kann solche Bereiche daher nicht vollständig abdecken.

Die Abteilung für Geriatrie ist eine medizinische Abteilung an einem Klinikum mit 725 Betten mit hohem Versorgungsstandard und vielen weiteren Fach-Abteilungen. Eine enge Verzahnung mit den anderen Abteilungen ermöglicht es, für die geriatrischen Patienten fast alle Möglichkeiten der modernen Medizin zu nutzen; umgekehrt kommt auch den Patienten anderer Abteilung das geriatrische Knowhow und die Expertise der Mitarbeiter dieser Abteilung zu Gute.

Die besonders qualifizierte, interdisziplinäre Behandlung des Alterstraumas findet in einer Zentrumsstruktur statt, in der unfallchirurgische und geriatrische Fachkompetenz gemeinsam kooperieren.

Über den lokalen Bereich hinaus ist die Abteilung Mitglied in mehrere geriatrischen Qualitätszirkeln und Verbünden sowie im Bundesverband Geriatrie. Dies fördert zum einen die Weiterentwicklung der Qualität durch wissenschaftlichen, pflegerischen und medizinischen Austausch und ermöglicht das Lernen vom ‚Kollegen' und durch wechselseitige Visitationen, zum anderen ermöglicht es die Verbreitung von geriatrischen Vorstellungen und Inhalten in die Öffentlichkeit bis in den politischen Bereich.

Ausstattung

Die Station 4 befindet sich in der 4. Etage des Krankenhauses und ist mit dem Rollstuhl über Fahrstühle gut zu erreichen.

Die Patientenflure, Patientenzimmer und Nasszellen sind überwiegend an die besonderen Bedürfnisse geriatrischer Patienten angepasst. In einem Gemeinschaftsraum für die Patienten bieten wir gemeinsame Mahlzeiten und ein tagesstrukturierendes Rahmenprogramm an.

Für vertrauliche therapeutische Gespräche, die nicht im Mehrbettzimmer geführt werden sollen/können, stehen 2 Untersuchungszimmer zur Verfügung.

Das Krankenhaus hat eine Cafeteria, die den Patienten und ihren Angehörigen täglich offensteht Dort können neben Getränken und Nahrungsmitteln auch die wichtigsten Dinge für den alltäglichen Bedarf wie Hygieneartikel und Zeitschriften erworben werden.

Die Kapelle ist auch für Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit gut und barrierefrei zu erreichen. Es finden regelmäßig evangelische Gottesdienste und katholische Messen statt. Seelsorgerische Gespräche für Menschen aller Nationalitäten und Konfessionen können jederzeit vermittelt werden.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Auch die verschiedenen Therapie-Räumen sind rollstuhlgeeignet und mit Hilfsmitteln wie Rollatoren gut zu erreichen.

Die Flure der Stationen und zwischen diesen werden als alltagstypischer therapeutischer Übungsraum und -möglichkeit verstanden und genutzt. Dabei reichen die inhaltlichen Aspekte der Therapien beispielsweise von der Förderung der Orientierung über das Ausweichen oder Reagieren auf andere ‚Passanten' bis hin zu Konzentration auf die eigene Bewegung trotz akustischer oder optischer Ablenkungen.

Da das Leben außerhalb des Krankenhauses in der Regel nicht barrierefrei ist, werden die Treppenhäuser für entsprechende Übungen im Rahmen der Physio- oder Ergotherapie genutzt. Kein Patient der Geriatrie muss aber die Fähigkeit besitzen, eine Treppe zu steigen, um alle Möglichkeiten der Abteilung nutzen zu können.

Für die wöchentlichen Teambesprechungen werden geeignete Räume des Krankenhauses genutzt, die auch die elektronischen Voraussetzungen für die Dokumentation und den Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem Orbis und das fachspezifische Dokumentations-system Gerda besitzen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.2 Der geriatrische Patient

Die Definition eines geriatrischen Patienten ist zweifellos schwierig, was dazu geführt hat, dass es konkurrierende Kriterien und Beschreibungen gibt. Während die wissenschaftliche Gesellschaft für Geriatrie von einem Alter von 75 Jahren und/oder einer Geriatrie-typischen Multimorbidität ausgeht, hat sich in Zusammenhang mit den Krankenkassen eine andere Einteilung etabliert. Patienten jenseits des 70. Lebensjahrs werden in einer Abteilung für Geriatrie im Regelfall akzeptiert (und bezahlt), bei Patienten zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr muss die Multimorbidität oder die Frailty (im Deutschen meist unzureichend als ‚Gebrechlichkeit' übersetzt) nachgewiesen werden. Für Patienten unterhalb des 60. Lebensjahres wird eine geriatrische Therapie nicht finanziert.

Da eine Krankenhaus-Abteilung nur fortbestehen und zukünftige Patienten versorgen kann, wenn die geleistete Arbeit refinanziert, sollten diese Krankenkassen-Vorgaben unbedingt beachtet werden. Das bedeutet, dass relevante medizinische und pflegerische Nebendiagnosen unbedingt erfasst und dokumentiert werden müssen, dass Einschränkungen der üblichen Alltags-Aktivitäten („ADL's") genauso erfasst werden müssen wie eine Polypharmakotherapie oder der Unterstützungsbedarf als Folge reduzierter körperlicher, geistiger oder seelischer Ressourcen.

Diese Definition der Geriatrie und des geriatrischen Patienten unterscheidet sich von denen der meisten, üblicherweise organbezogener Abteilungen. Das hat unter anderem die Folge, dass mit den zehn häufigsten medizinischen Diagnosen nicht – wie ansonsten üblich – mehr als neunzig Prozent der Patienten abgedeckt sind, sondern eher ein Drittel.

Das DRG-System scheint dem zu widersprechen, da der größte Teil der Patienten mit wenigen Komplex-Ziffern abgebildet wird. Diese Komplex-Therapien sind aber Diagnose- und Patienten-unabhängig und beinhalten vorwiegend formale Mindest-Leistungen, nicht aber individuelle therapeutische Inhalte.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat auch gezeigt, dass die Streuung praktisch aller messbarer Parameter mit dem Alter erheblich zunimmt. Im Alltag wird dieser

Effekt oft damit beschrieben, dass eine Achtzigjährige als biologisch eher viel jünger oder vielleicht als vorgealtert wahrgenommen wird.

Damit wird für jeden geriatrischen Patienten eine individuelle Einschätzung notwendig. Für jeden einzelnen diagnostischen und therapeutischen Schritt muss abgewogen und entschieden werden, ob der für den jeweiligen Patienten tatsächlich nützlich ist und in Betracht kommt.

Eine ganzheitliche und individuelle Behandlung der Patienten unter Einfluss der Leitlinien und klinischer Pfade im geriatrischen Bereich fördert das Behandlungsergebnis und die Patientensicherheit.

Diese Überlegungen entbinden die Mitarbeiter aller Professionen in der Geriatrie keineswegs von der Pflicht, relevante Leitlinien und Regeln zu kennen und in den Entscheidungsprozess der Behandlungsplanung mit einfließen zu lassen.

Für den medizinischen Bereich bedeutet das, dass sehr individuell zugeschnittene diagnostische und therapeutische Wege erarbeitet werden müssen, was wiederum intensive und häufige Absprachen mit den Vorgesetzten und/oder erfahrenen Ärzten erfordert.

Für die Pflege bedeutet dies eine größere Vielfalt in der Pflegeplanung und - durchführung, nicht selten auch kreativer Ideen und Ansätze.

Im Bereich der anderen Therapien stellt der geriatrische Patient mit seinen besonderen Einschränkungen und Gegebenheiten oft die Erreichbarkeit der ‚normalen' Ziele in Frage, so dass angepasste (Zwischen-) Ziele erarbeitet werden müssen und auch hier immer wieder kreative Abwandlungen des üblichen Vorgehens erforderlich sein werden.

Dokumentunterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

2.3 Auf-/Übernahme & Krankheitsbilder

Nicht jeder alte Patient ist automatisch in der Abteilung für Geriatrie primär richtig und gut aufgehoben. Patienten, bei denen ein Krankheitsbild zumindest aktuell dominierend im Vordergrund steht, sollten den zuständigen organzentrierten Abteilungen vorgestellt und ggf. dann erst im Verlauf in die ebenfalls benötigte geriatrische Behandlung übernommen werden. Beispielsweise sind viele Patienten mit einem akuten Herzinfarkt oder einem cerebralen Insult in der kardiologischen oder neurologischen Abteilung primär in der Akutphase besser fachärztlich versorgt.

Die Aufnahmeregelung in unsere Geriatrie:

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist eine Krankenhausbehandlung, daher müssen wir die stationäre Behandlungsbedürftigkeit prüfen.

Der Hausarzt kann eine entsprechende Einweisung vornehmen.

Andere Krankenhäuser können ebenfalls zuweisen.

Für die Entscheidung über eine anschließende geriatrische Betreuung sieht der Krankenhausplan des Landes NRW die Durchführung eines Screenings mittels ISAR vor. Dieses Instrument selektiert allerdings eine relativ hohe Zahl Patienten unzutreffend und

differenziert schlecht zwischen Patienten, für die eine zusätzliche geriatrische Weiterbehandlung sinnvoll und nützlich ist und denen, für die dies nicht zu trifft.

Patienten, für die eine Verlegung in die Geriatrie sinnvoll sein könnte, werden per Formular „Anmeldung Geriatrie“ (extern per FAX - Anforderung/Homepage) vom Ärztlichen Dienst angemeldet.

Der Anmeldebogen wird durch einen Geriater zeitnah (in der Regel innerhalb von 24 h) geprüft. Bei medizinischer Indikation für eine geriatrische frührehabilitative Komplex-behandlung wird Rücksprache mit dem die Anmeldung ausfüllenden ärztlichem Kollegen gehalten und ein Übernahmetermin vereinbart. In unklaren Situationen erfolgt eine persönliche konsiliarisch Untersuchung durch den Geriater zur Beurteilung und Entscheidung einer Übernahme. Ist eine geriatrische Therapie für den Patient nicht zielführend, wird die Übernahme abgelehnt.

Alterstraumatologische Patienten werden in der ZNA zusätzlich über den Parker Score selektiert.

Auswärtige Patienten werden in der Regel via Telefon/ Fax mittels Anmeldebogen angekündigt, der Fragebogen steht dem Anfragenden auf der Homepage zur Verfügung. Als Assessment nutzen wir den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.

Die typischen Krankheitsbilder leiten sich eigentlich schon aus der Definition des geriatrischen Patienten ab.

Unter den schwerpunktmäßig internistischen Patienten dominieren Patienten mit Herzinsuffizienzen, Exsikkose, Z. n. Herzinfarkt und pulmonalen Einschränkungen, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, periphere Verschlusskrankheit oder Niereninsuffizienz kommen häufiger als zusätzliche Elemente der Multimorbidität vor denn als Haupt-Diagnosen.

Verschiedene Infektionen von Lunge und ableitenden Harnwegen können als primäre Erkrankung, deutlich häufiger aber als Komplikation auftreten und verlangen oft intravenöse Kombinationstherapien.

Im Bereich des Bewegungsapparates werden vor allem Patienten mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und (poly-) arthrotischen Problemen und deren Folgen für die Mobilität betreut.

Aus dem Bereich neurologischer Krankheiten werden schwerpunktmäßig Patienten mit persistierenden Komplikationen und Problemen aufgrund eines ischämischen und/oder blutigen Hirninsultes betreut; vorwiegend dann, wenn die zusätzlichen Erkrankungen und Komplikationen eine Anschlussheilbehandlung verhindern oder die Rehabilitationsprognose noch nicht erreicht ist. Ähnlich häufig werden alte Menschen mit Parkinson-Erkrankung oder –Syndrom behandelt. Neurologische Krankheiten wie Polyneuropathien oder Epilepsien mit ihren teilweise erheblichen Auswirkungen auf die Selbstversorgungs- und Alltags-fähigkeiten treten eher als komplizierende Elemente der Multimorbidität auf.

In den großen Überlappungsbereich aus Erkrankungen des Bewegungsapparates und neurologischer Krankheiten gehören die häufigen multifaktoriellen Gangstörungen und die Sturzkrankheit.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

Aus dem Bereich der unfallchirurgischen und orthopädischen Fachbereichen kommen vor allem Patienten mit Gelenkersatz und Z. n Stürzen; hier stehen post-operative kardiale Komplikationen, Delir, Störungen der Blutzucker-Homöostase, Infektionen und verbliebene Bewegungseinschränkungen im Vordergrund; diese zusätzlichen Krankheiten und Beschwerden können die Rehabilitation verhindern bzw. verzögern.

Weniger häufig profitieren onkologische Patienten, z.B. primär palliative Patienten, Patienten nach abdominalen oder thoraxchirurgischen Eingriffen, urologische oder gynäkologische Patienten von einer geriatrischen Komplexbehandlung.

2.4 Visite

Die Visite dient dem täglichen Kontakt zwischen Arzt und Patient.

In der Regel findet die Visite im Patientenzimmer und als Teil eines geregelten Ablaufs statt. Grundsätzlich können Visitengespräche aber auch an anderen Orten und zu anderen Zeiten erfolgen.

Die ärztlichen Mitarbeiter sind angehalten, in solchen Fällen dem Patienten gegenüber diese Gespräche als Visitenersatz zu kommunizieren.

Die Visitenorganisation stellt die Aspekte im Intrexx sicher.

Jede Woche ist auf der Station mindestens eine Chefvisite und/oder eine Oberarztvisite durchzuführen. An den anderen Arbeitstagen erfolgt die Visite durch die Stationsärzte, vertretungsweise die Oberärztin.

An Wochenend- und Feiertagen erfolgt in Ausnahmefällen die Visite durch den Diensthabenden Neurologen.

Auf Grund aktueller Ereignisse oder dem Versicherungsstatus erfolgen zusätzliche Visiten durch Oberärzte oder Chefärzte.

Alle Visiten sowie Stichworte zu deren Inhalt sind in Gerd zu dokumentieren und abzuzeichnen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

2.5 Die geriatrische Komplextherapie

Die meisten stationären Patienten werden mit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung behandelt.

Inhaltlich bedeutet das, dass zur notwendigen stationären Diagnostik und Therapie eine eingeschränkte Mobilität mit Sturzgefahr und eine akutmedizinische Behandlung relevant sind.

Dies erfolgt durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Ärzten, Pflegeteam (speziell Weitergebildet), Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, (Neuro-) Psychologen und Sozialarbeitern unter Leitung eines Geriaters. Nach ausführlicher Befragung, Untersuchung und Testung des Patienten durch standardisierte und validierte Assessments

wird ein individuelles Behandlungskonzept erarbeitet und im Verlauf immer wieder überprüft, korrigiert und angepasst.

Einmal pro Woche wird jeder Patient in der Teamsitzung mit Vertretern aller Berufsgruppen besprochen. Dabei werden die Fortschritte des Patienten beurteilt und das weitere individuelle Behandlungskonzept festgelegt.

Das miteinbeziehen der Angehörigen wird bei der Behandlung und Betreuung der geriatrischen Patienten angestrebt. Neben verschiedenen Gesprächs- und Informationsangeboten wird *ggf. eine pflegerische Schulung durch die Familiale Pflege angeboten*; der Sozialdienst berät über Möglichkeiten der weiteren Versorgung. Themen wie Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung und viele andere individuell relevante Fragen und Möglichkeiten.

2.6 Besondere Aspekte mit übergeordneter Regelung

Wichtige Aspekte der täglichen Arbeit im Krankenhaus sind gesetzlich oder durch andere Vorgaben geregelt.

Grundlegende Aspekte der Hygiene sind für das ganze Krankenhaus geregelt. Jeder Mitarbeiter kann die wichtigsten Informationen im DMS (Dokumentenmanagementsystem) erfahren.

Alle gesetzlichen Beauftragten sind in einer Übersicht bzw. Organigrammen gelistet. Bei Fragen können diese Mitarbeiter direkt angesprochen werden und unterstützen zu den jeweiligen Themen.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.7 Personen & Funktionen

Ärztlicher Dienst

Die Klinik für Geriatrie wird von der stellvertretenden Direktorin des Zentrums für Neurologie, Geriatrie und Neurologische Frührehabilitation Frau Dr. med. Heidi Silberg geleitet. Es besteht die umfängliche Weiterbildungsermächtigung von 18 Monaten.

Frau Dr. med. Silberg ist Fachärztin für Neurologie mit der Zusatzqualifikation Geriatrie.

Folgende ärztliche und medizinische Kollegen arbeiten in der Geriatrie:

- Frau Dr. Anja Klasing ist leitende Oberärztin und Fachärztin für Neurologie mit der Zusatzqualifikation Geriatrie.
- Herr Dr. Graap ist Facharzt Innere Medizin mit der Zusatzqualifikation Geriatrie
- drei ärztliche Mitarbeiter in der Weiterbildung
  Unter den Ärzten in Weiterbildung befinden sich zum Zeitpunkt der aktuellen Überarbeitung 1 Fachärztin für Neurologie und 1 Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzqualifikation Nephrologie. 1 Ärztin in Weiterbildung hat den Status Facharztreife für das Fach Neurologie.
- ein Physician Assistant B.Sc., Frau Stefanie Priebeler, sie ist auch zertifizierte Wundmanagerin.

Pflege

In der geriatrischen Behandlung sieht die Pflege ihre Hauptaufgabe darin, den geriatrischen Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse zur Selbsthilfe zu aktivieren.

Neben den pflegerischen Aufgaben, die sich auf die verschiedenen Krankheitsbilder beziehen, wird der Schwerpunkt der geriatrischen Station auf die aktivierende Pflege gesetzt.

Die aktivierend-therapeutische Pflege umfasst die Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten. Die Angehörigen werden ggfls. in die Entwicklung der Ressourcen miteinbezogen. Auf diese Weise wird die Compliance des Patienten gefördert.

Wir betrachten den Patienten als Partner und legen mit ihm gemeinsam erreichbare Ziele fest. Wir geben ihm Orientierung und sorgen für eine sichere und vertrauenserweckende Umgebung.

Die pflegerische Bereichsleitung der Abteilung Geriatrie obliegt Frau Tatjana Mundt; sie wird von Frau Anita Schröter vertreten.

Entsprechend der Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung geriatrischer Komplex-Therapien sind ausreichend viele Mitarbeiter aus der Pflege geriatrisch kontinuierlich weitergebildet.

Weiteren Mitarbeitern wird in Zukunft die Teilnahme an geeigneten, für die Arbeit in der Geriatrie qualifizierenden Kursen und Weiterbildungen in Absprache mit der Pflegedirektorin angeboten.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung
Papierversion ungültig!

Therapie

In der Abteilung Geriatrie arbeiten Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Entspannungstherapeuten.

Durch eine individuelle und abwechslungsreiche Bewegungstherapie werden Beweglichkeit, Muskelkraft und Ausdauerleistung verbessert. Zusätzlich werden alle gängigen Therapiemaßnahmen der physikalischen Therapie eingesetzt.

Ergotherapeuten leiten die Patienten an, Alltagstätigkeiten wieder selbstständig zu bewältigen und üben mit den Patienten den Umgang mit Hilfsmitteln.

Durch Übungen kann die Feinmotorik und kognitive Fähigkeiten verbessert werden.

Bei Sprach- und Schluckstörungen führen die Logopäden eine zielgerichtete Sprach- und Schlucktherapie mit Übungen durch.

Begleitet werden unsere Patienten und/oder ihre Angehörigen dabei von ausgebildeten Psychologen, wenn Ängste und Hoffnungslosigkeit nach Krankheit oder Behinderung auftreten wird eine supportive Gesprächstherapie angeboten.

Ein Kontakt zu den jeweiligen Seelsorgern kann organisiert werden.

Ziel ist, je nach Situation des Patienten, Funktionseinschränkungen, Schmerzen und/oder Dysbalancen zu beheben oder zu verringern, die Leistungsfähigkeit, Ausdauer und Koordination zu halten oder zu steigern. Dazu werden den Patienten geeignete Kompensationsmechanismen vermittelt, um seine funktionellen Fähigkeiten in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen wiederherzustellen.

In den gesamten Behandlungsprozess werden, wenn gewünscht, die Angehörigen miteinbezogen. Mit ihnen werden gezielt die Hilfestellungen geübt, die sie dem Patienten zu Hause geben sollten.

Sozialdienst

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten über ambulante Hilfen, Notrufsysteme, Essen auf Rädern, Möglichkeiten betreuten Wohnens oder Seniorenheime. Sie unterstützen auch bei Anträgen für Schwerbehindertenausweise oder zur Einstufung in die Pflegeversicherung.

Über jede Aufnahme eines geriatrischen Patienten wird der Sozialdienst mittels elektronischer Konsil-Anforderung informiert, der soziale Hilfsbedarf über Assessments ermittelt und im Computer in GERD dokumentiert, damit der Patient mit allen seinen körperlichen, seelischen und sozialen Belangen beraten und individuell behandelt werden kann.

In Absprache mit den anderen beteiligten Professionen, vorwiegend im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechungen, teilweise auch bei der Chefarzt- u./od. Oberarztvisite, wird geklärt, ob die bisherige Versorgung auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend sein wird. Gegebenenfalls werden ergänzende Elemente z.B. ambulanter Pflegedienst, Kurzzeitpflege, Heimunterbringung, Veranlassung einer Pflegestufe, Veranlassung einer Betreuung beantragt bzw. eingeleitet.

In diesem gemeinschaftlichen Miteinander kann für den älteren Patienten eine gute Versorgung und in den meisten Fällen die Wiedereingliederung in den gewohnten häuslichen Bereich erreicht werden.

Angestrebt werden nach Berücksichtigung des aktuell bestehenden Versorgungsbedarfes, medizinischer, pflegerischer und sozialer Aspekte, Lebenskontext, ambulanter und stationärer Versorgungsangebote, Finanzierungsmöglichkeiten von Maßnahmen, Verweildauerkorridoren der behandelnden Klinik und wirtschaftlichen Aspekten:

- Die Organisation einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten,
- poststationären Versorgung
- Frühzeitige Klärung des Versorgungsbedarfes und dadurch Vermeidung des Drehtüreffektes
- Achtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei Rezeptierungen
- Strukturierte und sichere Weitergabe relevanter Informationen nach Datenschutzvorschriften und nach Vorgaben des gesetzlichen Entlassmanagements
- Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“
- Verweildaueroptimierung

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

- Information und Schulung, um Abläufe und Strukturen im Entlassmanagement bekannt zu machen
- Optimierung von Schnittstellen

  Intern: Verbesserung der internen Zusammenarbeit und Prüfung der Erfüllung der wirtschaftlichen Anforderungen (drohende Regresse bei fehlerhaften Rezeptierungen)

  Extern: sektorenübergreifende Organisation und Kommunikation; Optimierung der Kommunikation zu Kostenträgern, Imageverbesserung, z.B. runder Tisch, zentraler Ansprechpartner

Vier Aufgabenbereiche:

Das Aufgabengebiet ergibt sich aus der übergeordneten Prozessbeschreibung Entlassmanagement, die im Intrexx hinterlegt ist.

- Einholen der Einwilligungserklärung im Entlassmanagement
- Bedarfsklärung und Rückmeldung an den ärztlichen Dienst
- Assessment und Dokumentation im Entlassplan
- Erstellung, Überprüfung und Freigabe der Rezepte unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitgebots
- Kontrolle und Freigabe des Entlassplans, ggf. Meldung bei unvollständigen Plänen zur Anpassung bzw. Korrektur an zuständige Profession (Arzt, Pflege)
- Ggf. Aufgabenvergabe an alle Beteiligten
- Kontakt und Informationsaustausch mit den Kostenträgern
- Informationsweitergabe an Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (z.B. Entlasstermine, Bedarf etc.)
- Kontakt und Informationsaustausch zu Rehakliniken
- Kontakt und Informationsaustausch zu Amtsgerichten und Betreuungsbehörden
- Übernahme der fallbezogenen Gesamtsteuerung
- Berichtswesen
- Kennzahlen

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

2.8 Assessments

Die notwendigen und durch die geriatrische Komplextherapie vorgegebenen Assessments werden von den zuständigen Berufsgruppen erhoben und im Computer (GERD) dokumentiert.

Geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mind. vier Bereichen:

Die geriatrische Komplexbehandlung zeichnet sich aus durch:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter geriatrisch fachärztlicher Behandlungsleitung
- standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mind. vier Bereichen:
- Mobilität ➔ DEMMI Score
- Selbsthilfefähigkeit ➔ Barthel-Index nach Hamburger Manual

Kognition ➔ Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest nach Shulman
Emotion ➔ GDS
Ernährung ➔ MNA
und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen:
Mobilität und Selbsthilfefähigkeit

- Ermittlung des sozialen Assessments (GERD)
- wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen
- Durchführung der aktivierend-therapeutischen Pflege
- eine gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung

Die Therapiedauer:

- mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien
- mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien
- mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten, davon max. 10% Gruppentherapien

Mitgeldende Dokumente:
PB Interne Zuweisung zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung (Intrexx)

- wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen
- die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt strukturiert und dokumentiert.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

2.9 Diagnostische Ausstattung & besondere Möglichkeiten

Die Klinik für Geriatrie ist Teil des Christlichen Klinikums Unna. Daher werden alle diagnostischen Möglichkeiten der Diagnostik übergreifend vorgehalten. Die Konsilbefunde werden in Orbis dokumentiert.

Die meisten Laborleistungen werden im hauseigenen Labor erbracht.
Relevante pathologische Werte werden kurzfristig telefonisch an die Stationen mitgeteilt; ansonsten werden die Laborergebnisse nach Freigabe ins Orbis eingestellt und sind an jedem Computer-Arbeitsplatz verfügbar.
Mikrobiologische und einige wenige weitere Leistungen werden vom Labor Münster medizinischen Labor Iserlohn erbracht.

Alle üblichen konventionellen Röntgenaufnahmen, Angiographien, Computer- und Kernspintomographien werden von der überörtlichen radiologischen Praxis Evidia im Gesundheitscampus erstellt und werktäglich in unserer radiologischen Konferenz gemeinsam mit den Neurologen demonstriert.

Alle internistischen und kardiologischen Untersuchungen können im CKU erbracht werden.

Die Ultraschalluntersuchungen von Oberbauchsonographie, Pleura und Schilddrüse erfolgen in der Abteilung selbst, können aber auch in der Abteilung für Innere Medizin im Hause

angefordert und zeitnah durchgeführt werden. Des Weiteren sind Extra- und intrakranielle Duplexsonographie, Harninkontinenz-Screening/Management und Restharnbestimmung möglich.

Eine erweiterte neurologische Untersuchung und apparative neurologische Abklärung kann vollständig durch Abteilung für Geriatrie durchgeführt werden.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Abläufe, besondere Termine & Angebote, Planungen

3.1 Wochenplan der Abteilung Geriatrie

Visitenplanung:

tgl. Visite ab 8:15 Uhr durch Saltas-Demirel/Wienemann, Soultatou, Priebeler; Silberg (Privatpatienten)

CA/OA- Visiten

Montag und Donnerstag: 9:00 Uhr: ATZ-Visite Klasing / Silberg private ATZ-Geriatrie-Patienten

CA/OA-Visiten nach Absprache mit den Ärzten in Weiterbildung

3.2 Ärztlicher Tagesplan/wöchentliche Stationsorganisation

Arbeitsbeginn: 7:30 Uhr

- **Blutentnahmen ggf./ ggf. Ergänzungen u. od. Unterschrift Entlassungs-Briefe**
- **Kurze Teambesprechung:**
  7:50 Uhr „Gute Stube“ auf der Station 4 a
  Ergo, Physio, Pflege, Ärzte, Psychologen, Sozialdienst
- **Visite: tgl. 8:15 - 9:45 Uhr**
- **Neuaufnahmen/ Diagnostik/E-Briefe bearbeiten/Neuaufnahmen vorstellen:**
- **10:15 - 12:30 Uhr**
- **Jeden Montag Teambesprechung: 10:30 - 12:00 Uhr**
  Konferenzraum Neurologie, R 4074
- **Jeden vorletzten Donnerstag im Monat große Teambesprechung / interne Fortbildung: 14:15 Uhr - 15.30 Uhr**

Pause: 12:30 - 13:00 Uhr

- **Rö-Besprechung: 13:00 -13:45 Uhr**
  großer Konferenzraum EG
- **14:15 - 16:00 Uhr**
  E-Briefe / Diagnostik/ Neuaufnahmen OA/CA Vorstellung:
  Befunde abzeichnen: mehrmals tgl., letztmalig vor dem Arbeitsende
  E-Briefe für den nächsten Tag vorbereiten
- **15:30 - 15:50 Uhr**

Arbeitsende: 16:00 Uhr

Bei Teilzeittätigkeiten werden die Zeiten nach Absprache mit dem Vorgesetzten angepasst

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung. Papierversion ungültig!

3.3 Leitlinien und klinische Pfade

Leit- und Richtlinien fließen verbindlich in die internen Standards ein.

3.4 Angehörigensprechstunde

3.4.1 Ärztlicher Dienst

Angehörigengespräche mit den zuständigen Ärzten werden über das Sekretariat Geriatrie organisiert und terminiert (Outlook-Kalender).

3.4.2 Pflege

Angehörigengespräche mit Pflegenden werden nach Möglichkeit zeitnah und informell erfüllt.
Kontaktaufnahme erfolgt über die Station 4.

3.5 Fort- und Weiterbildung

„Patienten haben ein Recht auf eine optimale Behandlung durch gut ausgebildetes Personal.“ Voraussetzung hierfür ist die zielgerichtete Weiterbildung, daher sollen sich alle Mitarbeiter regelmäßig fortbilden.

Im ärztlichen Bereich gehört dies, auch unabhängig von Arbeit und Arbeitgebern, zu den Berufspflichten. Ärzte haben die Pflicht, sich auch nach dem Studium weiterzubilden und auf dem aktuellen Stand der Dinge zu sein. (Nachweis von 250 Fortbildungspunkten innerhalb von 5 Jahren)

Einige Fortbildungen und Unterweisungen ergeben sich grundsätzlich aus der Arbeit im CKU West. Hierzu gehören die gesetzlichen Pflichtfortbildungen und Unterweisungen in Unfallverhütung und Gefahrenstoffen, Brandschutz, Geräteeinweisung, Katastrophenplan, Hygiene und Datenschutz. Diese werden als Präsenzveranstaltungen angeboten oder können als e-learning absolviert werden. Hierfür gelten Bestimmungen und Vorgaben für die gesamte Organisation; da es für die Abteilung Geriatrie weder Ausnahmen noch zusätzliche Bestimmungen gibt, geht das Manual nicht zusätzlich darauf ein.

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!

Gemeinsame Fortbildungen aller Mitarbeiter der Klinik für Geriatrie sind:

- der jährliche Geriatrie-Tag des Qualitätszirkel Westfalen
- Mitglied Geriatrie Verbund Kreis Unna mit jährlichem Symposium
- die regelmäßigen gemeinsamen internen Fortbildungen

Ärztlicher Bereich

Die jährlichen Unterweisungen in Hygiene, Transfusionswesen und erfolgt im Rahmen der Fortbildungskataloge des Hospitalverbundes.

3.6 Urlaubsplanung

Grundsätzlich gilt:

- Mit der Planung der Urlaubszeiten der Ärzte soll bereits im Herbst des Vorjahres begonnen werden.

- Entsprechend der Vorgaben der Geschäftsführung soll der Urlaub komplett im laufenden Jahr genommen werden.

Urlaubsregelung der Ärzte

Die Urlaube sind so zu planen, dass jederzeit einerseits eine hochrangige Entscheidungskompetenz (Chefärztin, leitende Oberärztin) verfügbar ist, andererseits auf allen Stationen eine Versorgung mit Facharzt-Niveau möglich ist.

Die Urlaubsplanung ist zum Zeitpunkt der letzten Überarbeitung an die lt. Oberärztin Frau Dr. Klasing delegiert. Bis Ende Oktober werden für das Folgejahr Urlaubswünsche aufgenommen. Eine prospektive Urlaubsplanung wird erstellt und allen Mitarbeitern mitgeteilt. Insofern der einführend zitierte Grundsatz nicht ohne weiteres einzuhalten ist, erfolgt eine Rücksprache der leitenden Oberärztin mit den Chefärzten.

3.7 Qualitätsmanagement & Ergebnisqualität

Die Klinik für Geriatrie hält ein Qualitätsmanagement und ein regelmäßiges Monitoring der Ergebnisqualität für ganz wichtige Elemente der eigenen Arbeit.

Die Abteilung Geriatrie ist Mitglied des Qualitätszirkels Geriatrie Westfalen. Dieser Qualitätszirkel veranstaltet seit sieben Jahren einen jährlichen Geriatrietag als gemeinsames Fortbildungsangebot für alle geriatrischen Professionen. Mitarbeiter der Abteilung haben mehrfach Beiträge/Vorträge zu diesen Veranstaltungen beigetragen.

Die Abteilung Geriatrie ist Mitglied des relativ neu gegründeten Geriatrie Verbundes Kreis Unna

Dokument unterliegt der elektronischen Lenkung.
Papierversion ungültig!